

## ANEXO III

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Eu, \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_, declaro que compreendi todas as informações dadas pela Equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar sobre o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Comprometo-me a:

- Manter o equipamento de oxigenoterapia domiciliar sob minha guarda em perfeito estado de conservação, utilizando-o de acordo com a orientação dada pela equipe do NRAD e pela empresa contratada, e não permitindo seu extravio, sob pena de responsabilidade judicial.
- Usar a oxigenoterapia exclusivamente conforme prescrição médica, tendo ciência de que é necessário renová-la a cada 6 meses com relatório médico atualizado.
- Utilizar o cilindro reserva **SOMENTE** em caso de mau funcionamento, respeitando o fluxo estabelecido do concentrador de oxigênio ou suspensão de energia elétrica. Nestes casos entrarei em contato com a empresa pelo telefone: \_\_\_\_\_
- Informar à equipe de saúde e à empresa fornecedora do equipamento caso o paciente seja internado ou evolua para óbito em um prazo de até 48 horas.
- Informar antecipadamente (mínimo de 15 dias) à equipe de saúde e à empresa fornecedora do equipamento em caso de possibilidade de mudança de telefone, endereço ou viagem do paciente por qualquer motivo.
- Jamais manusear o dispositivo fornecedor de oxigênio fumando, pelo alto poder de combustão e explosão deste gás.
- Seguir as normas estabelecidas (deveres do usuário, critérios de exclusão), conforme Manual do Usuário de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
NRAD